

ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME
 QUESTIONNAIRE STANDARD BIOMARQUEUR

[NOM DU PAYS]

NOM DE LA LOCALITÉ											
NOM DU CHEF DE MÉNAGE											
NUMÉRO DE GRAPPE											
NUMÉRO DU MÉNAGE											
VISITES DE L'AGENT DE TERRAIN											
	1	2	3								
DATE	_____	_____	_____								
NOM [DE L'AGENT DE TERRAIN]	_____	_____	_____								
PROCHAINE DATE VISITE HEURE	_____	_____									
VISITE FINALE											
JOUR			<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
MOIS			<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
ANNÉE			<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
NOMBRE TOTAL DE VISITES			<input type="checkbox"/>								
NOTES:			TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	0 1	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUETÉ**	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2)	<input type="checkbox"/>								
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	FRANÇAIS										
**CODES LANGUES :											
01 FRANÇAIS		03 LANGUAGE 3	05 LANGUAGE 5								
02 LANGUAGE 2		04 LANGUAGE 4	06 LANGUAGE 6								
ÉQUIPE	CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLEUR CAPI (2)								
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NUMERO	NOM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NUMÉRO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NOM NUMÉRO								

Note: Ce qui figure entre crochets [] doit être adapté aux spécificités du pays. Les accolades {} indiquent un texte dynamique qui sera automatiquement rempli par CSPro et ne doit pas être modifié.

TESTS DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

101	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À LA QUESTION 102 SUR CETTE PAGE ET											
102	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI: ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>										
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE) DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de {NOM D'ENFANT} ?	JOUR MOIS ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES. IF MOTHER NOT INTERVIEWED ASK: Quel âge avait {NOM D'ENFANT} à son dernier anniversaire? COMPAREZ ET CORRIGEZ 103 ET/OU 104 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table>										
105	VÉRIFIEZ 104 : L'ENFANT A 0-4 ANS?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→ 135									
106	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS OU L'ENFANT EST-IL PLUS ÂGÉ?	PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/>	→ 135									

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À				
118	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					
120	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE PALUDISME : Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour le paludisme immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. [Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyées à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués.] Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous {NOM DE L'ENFANT} à participer au test de paludisme ?	ACCORDÉ 1 REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3					
121	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE [AGENT DE TERRAIN].	(SIGNEZ) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NUMÉRO [AGENT DE TERRAIN]					
122	VÉRIFIEZ 120: CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ CONSENTEMENT REFUSÉ <input type="checkbox"/> OU ABSENT/AUTRE	→ 135					

123	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LES TESTS ET CONTINUEZ AVEC LES TESTS. (3) COLLEZ LA 1 ^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DU PALUDISME AU LABORATOIRE DANS L'ESPACE À DROITE. COLLEZ LA 2 ^e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3 ^e ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1 ^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI REFUS 99995 AUTRE 99996	
124	EFFECUTER LE TEST ET ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS [LA BROCHURE D'INFORMATION].	[RÉSULTAT POSITIF 1 [RÉSULTAT NÉGATI 2 PAS PRÉSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6	→ 135
125	Est-ce que {NOM D'ENFANT} souffre d'une des maladies suivantes ou présente a Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b Problèmes cardiaques? c Perte de conscience? d Respiration difficile ou rapide ? e Convulsions ? f Saignements anormaux ? g Jaunisse ou peau jaunâtre ? h Urines foncées ?	YES NO a) PROSTRATION 1 2 b) PROBLÈMES CARDIAQUES 1 2 c) PERTE CONSCIENCE 1 2 d) RESPIRATION DIFF. 1 2 e) CONVULSIONS 1 2 f) SAIGNEMENT 1 2 g) JAUNISSE 1 2 h) URINE FONCÉ 1 2	
126	VÉRIFIEZ 125: Y A-T-IL UN 'OUI' ENCERCLÉ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		↓ → 128
127	DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE. Le test pour le diagnostic du paludisme montre que {NOM DE L'ENFANT} a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être améné tout de suite à un établissement de santé. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE.	RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE FOURNIE 1 RÉFÉRENCE POUR PALUDISME NE FOURNIE PAS 2	→ 135
128	Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM D'ENFANT) a pris ou (NOM D'ENFANT) prend-il du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2	→ 131
129	DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION]. Vous m'avez dit que {NOM DE L'ENFANT} a déjà reçu du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION], vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.		
130	VÉRIFIEZ 128: NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>		↓ → 135
131	LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT. Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION]. [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6	
132	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE [AGENT DE TERRAIN].	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO [AGENT DE TERRAIN]	

133	VÉRIFIEZ 131: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ?											
	MÉDICAMENT ACCEPTÉ <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENT REFUSÉ <input type="checkbox"/> OU AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 135									
134	<p>LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT. [INSÉREZ LES INSTRUCTIONS DE DOSAGE]</p> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p>											
135	ENREGISTREZ LA DATE : JOUR MOIS ANNÉE		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>									
136	SI UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.											

TESTS DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

101	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À LA QUESTION 102 SUR CETTE PAGE ET											
102	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI: ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>										
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE) DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de {NOM D'ENFANT} ?	JOUR MOIS ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES. IF MOTHER NOT INTERVIEWED ASK: Quel âge avait {NOM D'ENFANT} à son dernier anniversaire? COMPAREZ ET CORRIGEZ 103 ET/OU 104 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table>										
105	VÉRIFIEZ 104 : L'ENFANT A 0-4 ANS?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→ 135									
106	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS OU L'ENFANT EST-IL PLUS ÂGÉ?	PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/>	→ 135									

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À				
118	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					
120	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE PALUDISME : Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour le paludisme immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. [Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyées à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués.] Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous {NOM DE L'ENFANT} à participer au test de paludisme ?	ACCORDÉ 1 REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3					
121	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE [AGENT DE TERRAIN].	(SIGNEZ) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NUMÉRO [AGENT DE TERRAIN]					
122	VÉRIFIEZ 120: CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ CONSENTEMENT REFUSÉ <input type="checkbox"/> OU ABSENT/AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 135					

123	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LES TESTS ET CONTINUEZ AVEC LES TESTS. (3) COLLEZ LA 1 ^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DU PALUDISME AU LABORATOIRE DANS L'ESPACE À DROITE. COLLEZ LA 2 ^e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3 ^e ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1 ^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI REFUS 99995 AUTRE 99996	
124	EFFECUTER LE TEST ET ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS [LA BROCHURE D'INFORMATION].	[RÉSULTAT POSITIF 1 [RÉSULTAT NÉGATI 2 PAS PRÉSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6	→ 135
125	Est-ce que {NOM D'ENFANT} souffre d'une des maladies suivantes ou présente a Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b Problèmes cardiaques? c Perte de conscience? d Respiration difficile ou rapide ? e Convulsions ? f Saignements anormaux ? g Jaunisse ou peau jaunâtre ? h Urines foncées ?	YES NO a) PROSTRATION 1 2 b) PROBLÈMES CARDIAQUES 1 2 c) PERTE CONSCIENCE 1 2 d) RESPIRATION DIFF. 1 2 e) CONVULSIONS 1 2 f) SAIGNEMENT 1 2 g) JAUNISSE 1 2 h) URINE FONCÉ 1 2	
126	VÉRIFIEZ 125: Y A-T-IL UN 'OUI' ENCERCLÉ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		↓ → 128
127	DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE. Le test pour le diagnostic du paludisme montre que {NOM DE L'ENFANT} a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être améné tout de suite à un établissement de santé. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE.	RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE FOURNIE 1 RÉFÉRENCE POUR PALUDISME NE FOURNIE PAS 2	→ 135
128	Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM D'ENFANT) a pris ou {NOM D'ENFANT} prend-il du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2	→ 131
129	DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION]. Vous m'avez dit que {NOM DE L'ENFANT} a déjà reçu du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION], vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.		
130	VÉRIFIEZ 128: NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>		↓ → 135
131	LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT. Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION]. [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6	
132	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE [AGENT DE TERRAIN].	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO [AGENT DE TERRAIN]	

133	VÉRIFIEZ 131: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ? MÉDICAMENT ACCEPTÉ <input type="checkbox"/> ↓ MÉDICAMENT REFUSÉ <input type="checkbox"/> OU AUTRE <input type="checkbox"/>	135								
134	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT. [INSÉREZ LES INSTRUCTIONS DE DOSAGE] DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.									
135	ENREGISTREZ LA DATE :	JOUR MOIS ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
136	SI UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.									

TESTS DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

101	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À LA QUESTION 102 SUR CETTE PAGE ET											
102	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI: ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>										
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE) DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de {NOM D'ENFANT} ?	JOUR MOIS ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES. IF MOTHER NOT INTERVIEWED ASK: Quel âge avait {NOM D'ENFANT} à son dernier anniversaire? COMPAREZ ET CORRIGEZ 103 ET/OU 104 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table>										
105	VÉRIFIEZ 104 : L'ENFANT A 0-4 ANS?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→ 135									
106	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS OU L'ENFANT EST-IL PLUS ÂGÉ?	PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/>	→ 135									

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À				
118	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					
120	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE PALUDISME : Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour le paludisme immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. [Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyées à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués.] Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous {NOM DE L'ENFANT} à participer au test de paludisme ?	ACCORDÉ 1 REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3					
121	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE [AGENT DE TERRAIN].	(SIGNEZ) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NUMÉRO [AGENT DE TERRAIN]					
122	VÉRIFIEZ 120: CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ CONSENTEMENT REFUSÉ <input type="checkbox"/> OU ABSENT/AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 135					

123	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LES TESTS ET CONTINUEZ AVEC LES TESTS. (3) COLLEZ LA 1 ^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DU PALUDISME AU LABORATOIRE DANS L'ESPACE À DROITE. COLLEZ LA 2 ^e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3 ^e ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1 ^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI REFUS 99995 AUTRE 99996	
124	EFFECUTER LE TEST ET ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS [LA BROCHURE D'INFORMATION].	[RÉSULTAT POSITIF 1 [RÉSULTAT NÉGATI 2 PAS PRÉSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6	→ 135
125	Est-ce que {NOM D'ENFANT} souffre d'une des maladies suivantes ou présente a Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b Problèmes cardiaques? c Perte de conscience? d Respiration difficile ou rapide ? e Convulsions ? f Saignements anormaux ? g Jaunisse ou peau jaunâtre ? h Urines foncées ?	YES NO a) PROSTRATION 1 2 b) PROBLÈMES CARDIAQUES 1 2 c) PERTE CONSCIENCE 1 2 d) RESPIRATION DIFF. 1 2 e) CONVULSIONS 1 2 f) SAIGNEMENT 1 2 g) JAUNISSE 1 2 h) URINE FONCÉ 1 2	
126	VÉRIFIEZ 125: Y A-T-IL UN 'OUI' ENCERCLÉ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		↓ → 128
127	DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE. Le test pour le diagnostic du paludisme montre que {NOM DE L'ENFANT} a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être améné tout de suite à un établissement de santé. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE.	RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE FOURNIE 1 RÉFÉRENCE POUR PALUDISME NE FOURNIE PAS 2	→ 135
128	Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM D'ENFANT) a pris ou {NOM D'ENFANT} prend-il du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2	→ 131
129	DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION]. Vous m'avez dit que {NOM DE L'ENFANT} a déjà reçu du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION], vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.		
130	VÉRIFIEZ 128: NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>		↓ → 135
131	LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT. Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION]. [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6	
132	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE [AGENT DE TERRAIN].	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO [AGENT DE TERRAIN]	

133	VÉRIFIEZ 131: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ?											
	MÉDICAMENT ACCEPTÉ <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENT REFUSÉ <input type="checkbox"/> OU AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 135									
134	<p>LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT. [INSÉREZ LES INSTRUCTIONS DE DOSAGE]</p> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p>											
135	ENREGISTREZ LA DATE : JOUR MOIS ANNÉE		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>									
136	SI UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE ; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.											

OBSERVATIONS DE [L'AGENT DE TERRAIN]

À REMPLIR, UNE FOIS L'ENQUÊTE SUR LES BIOMARQUEURS TERMINÉE

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOTES POUR LES BIOMARQUEURS

- (1) Cette section doit être adaptée selon le plan d'enquête spécifique au pays.
- (2) Supprimer la section prévue pour enregistrer le nom et le numéro d'identification du Contrôleur CAPI si l'enquête n'a pas de Contrôleurs CAPI distincts des Chefs d'Équipe
- (3) Si l'enquête n'inclus pas les frottis sanguins, supprimer Q.123